Termin wykonania badań: *do 14 dni od daty przyjęcia próbki.*

Ocena stanu wyposażenia WPiB: *odpowiedni do realizacji zlecenia.*

Metoda badawcza: *zgodnie z zał. nr 23 z dnia 22.04.2013 r.*

do procedury CHZZ/PO-03 wyd. 3

Warunki przyjmowania próbek i postępowania z próbkami:

zgodnie z procedurą CHZZ/PO-03 z dnia 02.01.2008 r. wyd. 3

Osoba odpowiedzialna za kontakt z klientem: *Ewa Wyród-Lach*

Decyzja o przyjęciu zlecenia do realizacji*: ❑ *przyjęto do realizacji* ❑ *nie przyjęto do realizacji*

Miejsce przesłania sprawozdania z badań lub dane osoby upoważnionej do jego odebrania:

.....

.....

Inne uzgodnienia .....

Uwagi .....

W trakcie realizacji zlecenia klient ma prawo przekazywać swoje uwagi i życzenia oraz korzystać z doradztwa, sugestii i pomocy wykonawcy.

W przypadku konieczności potwierdzenia wyniku badania lub wykonania dodatkowych badań, wyhodowane szczepy przesyłane są do WSSE w Katowicach i/lub do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH w Warszawie. Klient ma prawo złożenia skargi. W przypadku skargi nieuzasadnionej, klient zostanie obciążony kosztami postępowania.

Klient został zaznajomiony z instrukcją pobierania próbek.

.....
data i podpis osoby
dokonującej przeglądu zlecenia

.....
data, podpis i pieczątka (jeśli dotyczy)
klienta lub lekarza kierującego

* *należy zaznaczyć odpowiednią kratkę*

nr badania

pieczątka klienta

Wypełniać drukowanymi literami

ZLECENIE ❑ * / KARTA PRZEKAZANIA PRÓBKI ❑ *

Nr OL/CHZZ/ ...../ 2014 r.

Nr próbki .....

Nazwisko, imię i płeć osoby badanej (klienta**):

..... ❑ K ❑ M*

Data urodzenia (dd-mm-rrrr) ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

lub inny numer identyfikacyjny osoby badanej .....

Adres zam./Oddział szpitalny .....

Klient zleca Sekcji Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń w Oddziale Laboratoryjnym Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej*:

- **bakteriologiczne badanie:** ❑ kału ❑ wymazu z odbytu
  - a) ❑ **Zdrowy** (Salmonella, Shigella),
  - b) ❑ **Chory** (Salmonella, Shigella, E. coli O_{157}, Yersinia, Aeromonas, Plesiomonas, Campylobacter),
  - c) ❑ **X** (chory - Salmonella, Shigella),
  - d) ❑ **Biegunka u dzieci do lat 2** (Salmonella, Shigella, E. coli O_{157}, EPEC, Yersinia, Aeromonas, Plesiomonas, Campylobacter),
  - e) ❑ Badanie w kierunku pał. **Campylobacter**,
  - f) ❑ **Ozdrowieniec** ❑ **Nosiciel** ❑ **Kontakt**,
- ❑ **Parazytologiczne badanie kału**,
- ❑ **Inne** .....

Istotne kliniczne dane osoby badanej .....

Data/godzina pobrania próbki oraz imię i nazwisko osoby pobierającej materiał do badań:

.....

Data/godzina przyjęcia próbki .....

* *należy zaznaczyć odpowiednią kratkę*

** *skreślić w przypadku, gdy klient nie jest osobą badaną*